

LIANA SOUSA VASCONCELOS GONÇALVES

**A FAMÍLIA E O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL:
ESTABELECENDO UM VÍNCULO PARA A REINserÇÃO À SOCIEDADE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MANHUAÇU- MINAS GERAIS
2010**

LIANA SOUSA VASCONCELOS GONÇALVES

**A FAMÍLIA E O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL:
ESTABELECENDO UM VÍNCULO PARA A REINserÇÃO Á SOCIEDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista. Orientador(a): Professora Eulita Maria Barcelos

**MANHUAÇU-MINAS GERAIS
2010**

A Deus, Senhor da minha vida, meu abrigo seguro, fonte de toda alegria e força. Ao meu amado esposo Thiago, pela paciência em minhas ausências pelas viagens a Governador Valadares. E ao meu lindo filho Alef, que nasceu apressadamente durante a construção desse projeto, amor que tem dado mais significado a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço á Professora Eulita Maria Barcelos, pela paciência e compreensão, principalmente nos telefonemas e e-mails em noites e finais de semana, pela “bagagem” de conhecimentos e experiência profissional em me orientar.

Agradeço a querida tutora presencial da turma Alfa Débora Abreu Badaró por me contagiar no ideal de uma saúde pública de qualidade, pela tranqüilidade e paz que nos passou nos momentos de sobrecarga. Aos meus amigos enfermeiros de Manhauçu: Carlinha, Patrícia, Ronaldo e Dayse, por me ouvirem falando por toda a viagem até Governador Valadares. Amo vocês.

RESUMO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa cujo objetivo foi analisar na literatura nacional a produção científica sobre a participação dos familiares na reinserção social do portador de transtorno mental. Realizou-se um estudo bibliográfico de publicações em periódicos, dissertações e teses, no período de 1999 a 2009. A identificação das fontes foi realizada por meio dos sistemas informatizados de busca Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde (LILACS) e o Banco de Dados Bibliográficos do Scielo. A amostra foi, portanto, constituída de 28 publicações e identificadas em categorias: a construção da rede de apoio às famílias; as dificuldades do familiar com o doente; a participação da Estratégia Saúde da Família. A maioria dos trabalhos nos mostra que, é no seio familiar que o portador de transtorno mental fortalece o vínculo para viabilizar seu processo de reabilitação e ressocialização à sociedade. Porém a convivência com o portador de transtorno mental implica em sobrecarga caracterizada por dificuldades como: problemas no relacionamento com o familiar, estresse por conviverem com o humor instável e a dependência do portador de transtorno mental, bem como o medo das recaídas e do comportamento deste no período das crises. Cabe aos profissionais de saúde da rede servir de suporte, para acompanhar e preparar a família a conviver e inserir o paciente no convívio social. A família é mais do que uma aliada, ela deve ser encarada como foco de intervenção, para que seus anseios sejam acolhidos e sua sobrecarga minimizada. Acredita-se que o número de publicações seja pequeno diante da importância do problema, mostrando a necessidade de novas pesquisas.

Descritores: Reinserção à sociedade; Família; Portador de transtorno mental.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO	10
3 . METODOLOGIA	10
3.1 Levantamento dos dados	11
3.2 População e amostra	11
3.4 Análise de resultados	11
4. REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 Um breve histórico da reforma psiquiátrica	12
4.2 A reinserção social do portador de transtorno mental e a construção da rede	14
4.3 A participação dos familiares na saúde mental	14
4.4 As dificuldades enfrentadas pela família do portador de transtorno mental	16
4.5 A estratégia de saúde da família na ressocialização do portador do transtorno mental e de seu familiar	18
5. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21
ANEXO	

1. INTRODUÇÃO

A história da doença mental é relatada desde os primórdios da civilização, onde a pessoa considerada anormal era abandonada à sua própria sorte para morrer de fome ou por ataque de animais. E ainda hoje o “louco” é visto com preconceitos, pois a concepção de loucura está de certa forma, ligada à história do homem (SPARDINI, 2006).

A assistência a doença mental, em sua história, sempre apontou para a impossibilidade da família cuidar do doente mental (VIANA.2004).

A família do portador de transtorno mental define-o como aquele que tem um comportamento diferente, e isso indica padrões de comportamentos não aceitos por eles mesmos; ainda referem-se aos pacientes como aquele que faz “criancices” e a doença como meio de vida tentando normalizar o estranho (COLVERO, 2002).

Esta experiência coloca, certamente, questões muito difíceis para o nosso pensamento. Contudo, justamente por isso, são questões que nos desafiam e nos ensinam a pensar. Nosso trabalho é acolher essa demanda – ou seja, responder.

Conhecendo os fundamentos da Estratégia Saúde da Família (ESF) percebi que ainda é incipiente a sua implementação no sentido de atender a família e o paciente portador de transtorno mental, pelo fato da população, continuar buscando os serviços de saúde somente quando se encontra com uma enfermidade, acarretando assim, uma demanda desordenada por atendimento médico, saturando a agenda da unidade, com procedimentos, quase que exclusivamente, com consulta médica.

As equipes da ESF, por sua proposta mesma de trabalho, costumam ter com sua clientela uma relação muito diferente daquela que se estabelece nas práticas mais tradicionais de Saúde. Conhecem seus pacientes, conversam com eles, entram em contato direto ou indireto não só com seus sintomas e doenças, mas com os mais diferentes aspectos de suas vidas.

Escutar o paciente e a família cuja queixa traduz essencialmente a demanda de ajuda para um problema emocional de ambos; acompanhá-los, procurando pensar as razões desse problema, e formas possíveis de enfrentá-lo; evitar tanto quanto possível o recurso aos psicofármacos, e, quando necessário, usá-los de forma criteriosa; não forçar o paciente a deixar, de um dia para o outro, o medicamento que sempre usou, mas ponderar com ele os riscos e as desvantagens desse uso; não repetir estereotipadamente condutas e receitas: este é um acompanhamento que as equipes da ESF sabem e podem conduzir. Mas na minha vivência, poucas são as equipes da ESF que dispõe de tempo e de conhecimento para atender os pacientes emocionalmente instáveis, geralmente são remetidos a outra instituição. No contexto atual tenho percebido que o número de famílias

que procuram a Unidade Básica de Saúde pedindo ajuda para um parente tem aumentado, seja por alcoolismo, uso de drogas ou pacientes egressos de hospitais psiquiátricos.

Um dos principais desafios é promover um amplo processo de reabilitação, inclusão social e cidadania para pessoas com transtornos mentais de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, com suas famílias exercendo de forma satisfatória suas funções na sociedade, e tendo suas limitações respeitadas.

A família tem o papel imprescindível de luta contra a exclusão social e econômica do paciente, com o apoio dos serviços substitutivos e das Unidades Básicas de Saúde visto que existe o marco da economia solidária, surge assim parceiro natural para a discussão das pessoas com transtorno mental do mercado de trabalho (BRASIL, 2005).

Para tanto é imprescindível a participação ativa, e a construção de um vínculo da Equipe de Saúde da Família e familiares dos portadores de transtorno mental. Acompanhamento periódico visando a ressocialização desse usuário, objetivando qualidade de vida, suporte necessário para compreensão da doença e melhoria da qualidade da assistência prestada. Logo, faz-se necessário buscar conhecer e compreender como se dão as relações familiares e sua participação na reinserção do portador de transtorno mental, tanto no ambiente familiar como na comunidade. Devido à necessidade de resgatar nas famílias o apoio e estimular o cuidado ao usuário e tê-la como aliada na promoção da sua reintegração à sociedade.

Este estudo veio contribuir para uma melhor compreensão das relações familiares buscando encontrar meios de promover ações conjuntas entre Estratégia Saúde da Família e as famílias dos pacientes portadores de transtorno mental.

2. OBJETIVO

Identificar a participação dos familiares na reinserção social dos portadores de transtornos mentais.

3. METODOLOGIA

A revisão bibliográfica, ou revisão da literatura, é a análise crítica, metódica e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento (TRENTINI e PAIM, 1999).

A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema (MARTINS, 2001).

Podemos somar a este acervo as consultas a bases de dados, periódicos e artigos indexados com o objetivo de enriquecer a pesquisa.

Este tipo de pesquisa tem como finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto (MARCONI e LAKATOS, 2007).

Desta forma segundo os autores acima, a pesquisa bibliográfica não é apenas uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas sim, proporciona o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.

Demo (2000), completa dizendo que a idéia da pesquisa é de induzir o contato pessoal do aluno com as teorias, por da leitura, levando à interpretação própria.

Neste estudo adotou como estratégia metodológica, a revisão bibliográfica – optou-se por utilizar a revisão narrativa que é um dos tipos de revisão de literatura, pela possibilidade de acesso à experiências de autores que já pesquisaram sobre o assunto, segundo Silva *et al.* (2002), a revisão narrativa não é imparcial porque permite o relato de outros trabalhos, a partir da compreensão do pesquisador sobre como os outros fizeram.

Na elaboração deste trabalho foi realizado uma revisão narrativa da literatura nacional sobre o tema proposto: participação dos familiares do portador de transtorno mental na sua reinserção à sociedade, ou a participação dos familiares na reinserção social do portador de transtorno mental, visto que esta revisão possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse. A revisão literária é descrita por Gil (2004) como sendo uma ação sobre material já produzido.

Trentini e Paim (1999, p.68) afirmam que *“a seleção criteriosa de uma revisão de literatura pertinente ao problema significa familiarizar-se com textos e, por eles, reconhecer os autores e o que eles estudaram anteriormente sobre o problema a ser estudado”*.

3.1 Levantamento dos dados

A base de dados : LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library OnLine) serviram como instrumento para coleta de dados, a partir dos seguintes descritores: Reinserção à sociedade; Família; Portador de sofrimento mental.

3.2 População e amostra

A população do estudo foi composta por toda a literatura relacionada ao tema de estudo, indexada nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library OnLine).

Quanto à amostra, os artigos foram selecionados a partir da variável de interesse, totalizando 28 artigos.

A seleção foi realizada a partir de leitura criteriosa dos artigos, teses e dissertações encontradas nas bases de dados, sendo selecionada apenas a literatura que atendia aos critérios de inclusão definidos neste estudo. Foram incluídas apenas as publicações que responderam à questão do estudo, publicadas no período de 1999 a 2009, no idioma português, todos os tipos de delineamentos metodológicos foram aceitos.

3.3 Análise dos dados

Após a coleta dos dados, foi feita a leitura de todo material, as principais informações foram compiladas. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva das mesmas buscando estabelecer uma compreensão e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado e elaborar o referencial teórico.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Um breve histórico da reforma psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é marcada pelo “movimento sanitário”, na década de 70, com a necessidade de mudanças nos modelos de assistência e prática de saúde ao portador de transtorno mental em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. O ano de 1978 pode ser considerado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país (Brasil, 2005).

Em 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo e normativo (BRASIL, 2005).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

É nesse período que fica marcado o compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Núcleos de Atenção psicossocial (NAPS) e dos Hospitais-dia. Também entram em vigor as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, porém não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Não prevendo mecanismos de sistematização para a redução de leitos nas normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Vale ressaltar que os recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental eram em cerca de 93% destinados para os Hospitais Psiquiátricos (BRASIL,2005).

Depois de 11 anos de tramitação, em 06 de abril de 2001 que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país, mas provaram somente um substitutivo do projeto de lei original, que traz modificações muito importantes no texto normativo. (Anexo)

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas

não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASÍL, 2005. p. 08)

“Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (AMARANTE, 1995, p. 91).”

E nesse contexto que a política de Saúde Mental do governo federal, modifica todo o seu quadro após a promulgação da lei 10.216 acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental (Dezembro de 2001) que alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade, caracterizando-se por ações nas três esferas do governo e movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico substitutivo para um modelo de atenção comunitário reduzindo os leitos psiquiátricos progressivamente e com uma programação. Este movimento foi marcado pela participação de usuários dos serviços e familiares.

Em 2004 as vantagens da desinstitucionalização dos pacientes são percebidas pelos cofres da União, os pois os recursos financeiros gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental, reduzindo progressivamente.

O processo de desinstitucionalização ganha reforços através de programas que foram criados para a redução dos leitos psiquiátricos, são eles: O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); O “Programa de volta para casa”; Os CAPS, NAPS, Centros de Convivência e as Residências Terapêuticas.

O retorno do paciente para sua família e sua comunidade é um fato novo que a sociedade começa a gerenciar (BRASIL, 2004).

A desospitalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam e a substituição progressiva por outras práticas terapêuticas e a cidadania do paciente portador de sofrimento mental vem sendo o grande objeto de discussão (VIANA.2004).

A partir da reforma psiquiátrica a assistência psiquiátrica incorpora novos paradigmas: transformações nas práticas, saberes, valores sociais e culturais, cotidiano da

vida das instituições, as relações interpessoais. Vivenciamos o processo da reforma psiquiátrica avançando, marcado por impasses, tensões, desafios e conflitos.

4.2 A reinserção social do portador de transtorno mental e a construção da rede

Um aspecto relevante desse processo diz respeito à participação de usuários e familiares na organização e discussão política em instancias oficiais, visando transformar o sistema de saúde mental e construir uma nova forma de lidar com o sofrimento psíquico. O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos (BRASIL, 2005).

O indivíduo portador de transtorno mental deixa de ser objeto de intervenção para tornar-se agente de mudanças de uma nova realidade, para edificar sentido e cidadania.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades, para a promoção da reintegração do portador de transtorno mental (BRASIL, 2005).

São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

4.3 A participação dos familiares na saúde mental

Em relação à família do doente, nos primórdios da psiquiatria não o acompanhava, permanecia totalmente alheia e sem participar ou interessar-se pelo “tratamento” que era oferecido ao seu familiar (SPADINI, 2004).

Segundo Reinaldo (2005) a forma enviesada como a teoria sistêmica foi tomada, causou conseqüências enormes na produção de conhecimento e nas práticas voltadas para

a saúde mental que tinham, supostamente, como eixo a família, mas colocando-a como culpada e o paciente como bode expiatório – A culpabilização da família. Verificamos que ter a família como cúmplice, em um primeiro momento, e como ré, não modificou em nada a sua exclusão, sempre legitimada pelo saber psiquiátrico.

A assistência a doença mental, em sua história, sempre apontou para a impossibilidade de a família estar junto, conviver, cuidar do doente mental. Durante muitas décadas o afastamento do convívio social e familiar marcou significativamente o tratamento que era dado ao doente mental: reclusão (VIANA.2004).

Assim, a família afastava-se dos cuidados ao doente, pois essa relação era subsidiada pelo paradigma da exclusão do doente, sendo considerada uma das causas para a doença de seu familiar. Contudo, se a família era afastada do doente devido ao entendimento de que dificultava o tratamento do mesmo, hoje ela é incluída, pelo entendimento de que o portador de transtorno mental necessita de um tratamento digno, e que a participação da família é fundamental para sua recuperação.

A desospitalização veio devolver a família o seu paciente, possibilitando a aproximação, a convivência dando-lhe a responsabilidade do cuidar (VIANA. 2004).

Constituir relações de forma racional e consciente gera transformação no compromisso entre família – doente – equipe, pois a família é sujeito ativo nesse processo. A forma, o tempo e o espaço da relação entre a família e a equipe são determinados por esta última e dificilmente serão negociáveis (BIELEMANN, 2009).

Essa visão é compatível com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, onde o enfoque à família passa a ser outro, e onde houve toda uma mudança de princípios, cabendo colocar sucintamente a evolução histórica desse processo, que elucida essas mudanças.

É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os “loucos” (BRASIL, 2005).

Severo (2007) aborda que o cuidado familiar em relação ao portador de transtorno passa pela vivência do dia a dia, mas não é só isso pois a Reforma psiquiátrica privilégio a cidadania, o direito de ir e vir do sujeito. A reabilitação psicossocial e os serviços substitutivos são ferramentas imprescindíveis na concretização dos objetivos da Reforma, se tiver a participação afetiva e efetiva da família nesse processo, conseqüentemente ocorrerão mudanças na realidade concreta dos sujeitos.

...faz-se necessário, portanto, conhecer como está se processando cotidianamente a produção desse cuidado para que os técnicos em saúde mental possam auxiliar tais famílias. O cuidado necessita sair da esfera institucional para abranger a realidade concreta dos familiares (SEVERO, 2007 p.22).

A concepção de ressocialização para as famílias do portador de transtorno mental representa uma nova forma de vida que o possibilita a associação a outras pessoas estabelecendo uma relação mais solidária. Embora seja encarada como um novo caminho, a idéia de ressocialização restringe-se ainda a um aumento da tolerância social, o que não significa o crescimento da contratualidade social, inserção no mercado de trabalho e utilização das potencialidades do portador, pois ainda ele é visto como alguém incapaz de viver na sociedade (RANDERMARK, 2004).

É inegável o surgimento de problemas relacionados à família e ao portador de transtorno mental. São desgastes nos campos psicológicos e financeiros, muitas vezes a família não colabora, o paciente é refratário ao tratamento e o prognóstico dele é reservado. No entanto precisamos oferecer a ela um serviço de qualidade com o objetivo de tê-la como principal aliada no tratamento da doença.

O conceito de família para Randermark (2004) consiste na base da sociedade, união, amor divino, solidariedade; a família é idealizada como uma instituição criada por Deus a fim de servir de base para a sociedade. Estão implícitas as funções de socialização, e a crença de que a sociedade é um reflexo da formação familiar. As relações se caracterizam por atitudes de cooperação, união e sentimentos positivos, como o amor. Os conflitos e antagonismos de classe presente na sociedade e que permeiam os destinos dos indivíduos e famílias os destinos não são considerados como a fatores constituintes da sociabilidade na sociedade moderna.

A família, muitas vezes, dedicada ao seu familiar doente, precisa se reorganizar e, assim, sobrecargas lhes são acarretadas devido às mudanças em suas rotinas, gastos financeiros além dos orçamentos previstos, e ocorre um grande desgaste físico e emocional no cuidado ao doente (SPADINI, 2004).

4.4 As dificuldades enfrentadas pela família do portador de transtorno mental

Randermark, (2004) relata que a reforma psiquiátrica no olhar das famílias, repercute-se como experiência dos familiares a sobrecarga de funções, falta de partilha dos

problemas pelo sistema familiar, desamparo, não há atendimento adequado às demandas psicossociais, adaptabilidade prejudicada e condições financeiras precárias.

Continua enfatizando que a experiência cotidiana na família na convivência com o portador de doença mental é marcada de sofrimento e reflete a inabilidade de lidar com a doença, tornando-a fator gerador de estresse. Diante da impossibilidade concreta de mudar sua realidade, as famílias desenvolvem crenças de que a experiência com o transtorno mental é uma mera destinação divina, algo que lhes foi atribuído ou consentido por Deus, visando à purificação de pecados e à elevação da alma, justificando, portanto, a busca de apoio espiritual.

A presença do sofrimento mental no ambiente familiar provoca muitas mudanças nos costumes, hábitos e rotinas da família. Gerando conflitos, sentimento de incredulidade, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste (RANDERMARK, 2004).

Borba (2008) em trabalho realizado com as famílias dos pacientes destaca três pontos principais, geradores de dificuldade na família: **sobrecarga financeira**, onde a família precisa de alguma forma ajustar-se aos novos gastos e principalmente pela dificuldade da reinserção desse portador de sofrimento psíquico ao mercado de trabalho; **sobrecarga do cuidado**, onde há excessiva preocupação e medo diante do comportamento do familiar doente imprevisível, de labilidade de humor e riscos à integridade física, moral e emocional; **sobrecarga física e emocional**, é identificada pelo aparecimento de doenças relacionadas ao sistema nervoso como gastrite e problemas gastrintestinais, mostrando como os problemas de ordem emocional repercutem sobre a saúde física dos indivíduos.

O mesmo autor ainda aborda que “emocionalmente, as pessoas que convivem com a realidade do transtorno mental encontram-se esgotadas, pela privação do sono ou pelo fato de não suportarem mais as implicações que essa convivência gera” (BORBA, 2008 p 09). Por este motivo, é comum o aparecimento de problemas de coluna, hipertensão arterial, problemas cardíacos, estresse, tensão e nervosismo na família, após o diagnóstico de transtorno mental em um de seus integrantes.

Segundo Sadigursky. D (1997) a sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o doente mental principalmente por ocasião da alta hospitalar pode desencadear atitudes e incompreensão familiar e até mesmo rejeição que muitas vezes são motivos de reinternações sucessivas.

Sabe-se que as dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado podem gerar um sofrimento para a família e até intolerância para com o doente mental.

Segundo Jorge (2008), é inegável a importância de a família conhecer as reais possibilidades de melhora do seu paciente em tratamento, pois, às vezes, existe esperança na recuperação e cura, mesmo em meio a um contexto desfavorável. Diante desta situação, as pessoas precisam ser orientadas para saber que a reabilitação significa autonomia e que esta depende das condições de cada um. Portanto, pode ou não acontecer para todos.

4.5 A estratégia de saúde da família na ressocialização do portador de transtorno mental e de seu familiar

A família do doente mental deve ser inserida no processo terapêutico a fim de contribuir na manutenção da saúde do usuário do serviço, bem como pela necessidade que esta possui de partilhar seus anseios, frustrações, experiências, visto que é responsável por suprir grande parte da demanda do paciente.

BIELLEMAN (2009) discute, neste cenário, a necessidade de um sistema de atenção em saúde que contemple a abordagem integral dos indivíduos e de seus familiares, a partir de ações e estratégias que promovam não somente a inserção do usuário no seu grupo familiar e comunidade, mas também a inserção da família nas práticas dos trabalhadores, pois esta é uma das dimensões fundamentais no cotidiano do serviço.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por objetivo principal prestar assistência em saúde em nível de atenção primária, exercendo seu papel pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); universalidade, integralidade da assistência, equidade, com participação social a todos os usuários de uma população adstrita em sua área de abrangência. Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa. (BRASIL, 2005).

Para tanto foi criado o apoio matricial que consiste em um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica (CAMPOS e DOMITT, 2007; DIMENSTEIN *et al.*, 2009)

Para Dimenstein *et al.* (2009), esse compartilhamento, busca imprimir no seu fazer os pressupostos de uma prática renovadora, e que consiste em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções

conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação às equipes de saúde da família. Elas constroem coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma, e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial.

É preciso haver uma releitura das ações utilizadas, fundamentadas em saberes e práticas cristalizados, vislumbrando novas formas de prestação da assistência, não somente ao portador do transtorno psíquico, como também, e principalmente a família. A forma, o tempo e o espaço da relação entre a família e a equipe são determinados por esta última e dificilmente serão negociáveis. Assim a construção de espaços de troca fica a desejar, comenta (REINALDO, 2005).

De acordo com Reinaldo, (2005, p 15): “o olhar pessimista dá lugar ao olhar aberto que abrange um universo de possibilidades e diversidades, de necessidades e de modos de resolução, permitindo que a família participe de uma nova função, a função reabilitatória”. Instrumentos como a invenção e a criatividade são de grande importância para que se abra um leque de oportunidades para a reconstrução das relações que existem entre o doente e a família.

A reorganização do trabalho, a busca ativa através de visitas domiciliares, a permanência de um membro da equipe na casa da família, a descentralização das reuniões de familiares, distribuídas entre os bairros e a zona rural, facilitando a participação do familiar. Há também a criação da associação de familiares e usuários, na qual a inserção do familiar transcende o aspecto mais individualizado, relacionado ao tratamento de um determinado usuário, pois ele fará parte de um movimento coletivo, em que diversos atores buscam, na união de esforços, uma mudança mais abrangente. (REINALDO, 2005. p. 16)

Neste sentido é muito importante conhecer a história de familiares de portadores de transtorno mental, suas inquietações, suas angústias e dificuldades em lidar no dia a dia com o paciente. A apropriação destes conhecimentos vai ajudar muito a equipe a compreender como estes familiares se portam perante essa doença, reconhecer os determinantes que levam os familiares a cuidar do doente mental e inegavelmente vão contribuir para a formulação de diretrizes que norteiem a atenção à família nos serviços de saúde.

5 CONCLUSÃO

O estudo bibliográfico permitiu desvendar a visão das famílias acerca da doença mental, em como se deu sua participação no processo histórico de conquistas no campo para a promoção da reabilitação do portador de sofrimento mental objetivando a reinserção a sociedade.

O contexto familiar é de grande relevância na vida desse usuário, para fundamentação de suas raízes gerando suporte e influenciando na recuperação e ressocialização ao cotidiano, para organização de atividades comuns do dia-dia. É na família que ele encontra suprimento de suas demandas e manutenção de sua saúde mental, mesmo enfrentando dificuldades, estresse, medo de recaídas das crises e sobrecargas.

Mediante a perspectiva desse trabalho, conclui-se que as famílias necessitam de ser amparadas com a dedicação que é dispensada ao portador de transtorno mental, em uma ação conjunta, que já ocorre em muitos lugares do país, entre profissionais da saúde mental e estratégia saúde da família através de uma comunicação eficaz, relacionamento interpessoal e de uma escuta atenciosa.

No atual contexto da assistência psiquiátrica, a família como espaço privilegiado para a prática do cuidado, precisa ser inserida de forma efetiva nas discussões do novo paradigma de assistência em saúde mental, vista como uma facilitadora no processo de reinserção social do portador de transtorno mental. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve ser encarada como foco de intervenção, para que seus anseios sejam acolhidos e sua sobrecarga minimizada.

A família é a base da recuperação e reintegração do portador de transtorno mental.

Não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os pacientes isto implica numa progressiva mudança da sociedade e na inclusão da família no cuidado prestado ao doente mental. É um desafio a ser trabalhado por todos os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE. Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 491-494, Jul/set. 1995.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado; KANTORSKI, Luciane Prado; BORGES, Luana Ribeiro; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger; WILLRICH, Janaina Quinzen; SOUZA, Afra Suelene de; HECK, Rita Maria. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Revista Texto e Contexto Enfermagem** v. 18, n. 1, Florianópolis, Jan – Mar 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000100016&script=sci_arttext&lng=pt#add. Acesso em 22/09/2010.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem** vol.21 n.4 São Paulo 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000400009&script=sci_arttext&lng=pt#end. Acesso em 30/05/2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental**. Brasília:2005

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**. Ed. 5 - Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Novembro, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITT, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev.2007.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello; OLIVEIRA, Michele Mandagará; VILA, Tereza Cristina; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel – A Atenção em Saúde Mental na Estratégia da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, V. 07, n. 01, p. 113 – 117, 2005. Disponível em <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/847>. Acesso em 21/10/2009.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves – Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** vol.38 no.2 São Paulo Junho 2004. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/112.pdf. Acesso em 22/11/2009.

DEMO, P. **Pesquisa: Princípios científicos e educativos**. 7ª edição, São Paulo: Cortez, 2000.

DIMENSTEIN. M; SEVERO A. K; BRITO. M; PIMENTA A L; MEDEIROS. V ; BEZERRA E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental .**Saúde soc. v.18, n.1. São Paulo Jan./Mar. 2009**

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: atlas, 2004.

JORGE, Maria Salete Bessa; RAMIREZ, Ana Raquel Alves; LOPES, Consuelo Helena Aires Freitas; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; BASTOS, Vanessa Barreto. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental – **Revista da Escola de Enfermagem - USP** v.42, n.1 - São Paulo Março, 2008. Disponível em http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/0663.pdf. Acesso em 07/11/2009.

MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6ª edição, São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, G.A. & PINTO, R.L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269p.

MORENO, Vânia. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Revista escola de enfermagem USP** v.43, n.3, São Paulo Setembro 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a10v43n3.pdf> Acesso em 22/11/2009.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 12, p. 71-82, fev 2003. Disponível em <http://www.interface.org.br/revista12/artigo1.pdf> Acesso em 07/11/2009.

RANDERMARK, Norma Faustino Rocha; JORGE, Maria Salete Bessa; QUEIROZ, Maria Veraci de Oliveira. A reforma Psiquiátrica no Olhar das famílias. **Revista Texto e Contexto Enfermagem** v. 13, n. 4, p. 543 – 550, Out – Dez 2004. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71413406.pdf>. Acesso em 22/11/2009.

REINALDO, Amanda; WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. A inserção da família na assistência em saúde mental. **Revista Saúde em Debate** v. 29 n. 69, p. 5 – 16, Jan – Abr 2005. Disponível em http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/SaudeemDebate_n69.pdf#page=7. Acesso em 22/11/2009.

RUIZ, J.A. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. 6ª edição, São Paulo: Atlas: 2006.

SADIGURSKY. D, A enfermeira na equipe interdisciplinar de saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.17,n.3,p.45-53, set/dez 2002.

SEVERO, Ana Kalliny de Souza; DIMENSTEIN, Magda; BRITO, Monique; CABRAL, Clariana; ALVERGA, Alex Reinecke. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, V. 59, n. 02, 2007. Disponível em <http://seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/viewarticle.php?id=104&layout=html&locale=fr#end>. Acesso em 03/09/2009.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. de Enferm.** Maio/Jun. 2002; 10(3).

SPADINI, Luciene Simões; CONCEIÇÃO, Maria; SOUZA, Bernardo de Mello e – A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, V. 40, n. 1, p. 123 – 127. 2006. Acesso em 05/11/2009.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

VIANA, P.C.M e BARROS.S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. **Reme-Rev.Min.Enf.** 8(1).165-252.,jan/mar.2004

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSEN, Ingrid. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Revista Eletrônica Texto contexto - enferm.** v.14, n.3, Florianópolis Julho / Setembro 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a04.pdf> Acesso em 22/11/2009.

ANEXO

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI N° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das
pessoas portadoras de transtornos mentais e
redireciona o modelo assistencial em saúde
mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de

saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001